

Больные поступали в стационар в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния больных обусловлена двумя неблагоприятными сочетаниями – наличием кишечной непроходимости и проявлениями опухолевого процесса. В группу обследуемых мы отнесли больных, у которых имелась острая кишечная непроходимость, не устраненная консервативными мероприятиями. Локализация опухоли в толстой кишке представлена в табл. 2

Таблица 2

Локализация опухоли в толстой кишке

Отдел толстой кишки	Частота встречаемости	
	Абс.	%
Слепая кишка	68	19,7
Восходящая ободочная кишка	32	9,2
Поперечная ободочная кишка	11	3,2
Нисходящая ободочная кишка	13	3,8
Сигмовидная ободочная кишка	60	17,0
Ректо-сигмовидный отдел	182	47,1

Развитие обтурационной непроходимости при раке левой половины толстой кишки наблюдали чаще (в 68,5% случаев), чем при раке правой половины. В диагностике обтурационной непроходимости, кроме обычного клинического обследования, применяли обзорную рентгенографию брюшной полости. У всех больных выявлены горизонтальные уровни жидкости и газ над ними в петлях кишечника. Фиброколоноскопия выполнена в 56 (16,2%) случаях с целью уточнения локализации опухоли и проведения зонда выше места обтурации для декомпрессии кишечника. С момента поступления больным проводилось консервативное лечение: проводили опорожнение кишки применением клизм и декомпрессию зондом с последующим отмыванием кишки от каловых масс. Одновременно с помощью желудочного зонда проводили декомпрессию верхних отделов ЖКТ. Для коррекции водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия проводилась адекватная инфузионная терапия [2]. В хирургическом лечении РОК с обтурационной непроходимостью, стремимся не только ликвидировать непроходимость, но и произвести радикальное удаление опухоли при первом же вмешательстве [4], что должно выполняться при минимальном риске для больного.

Результаты. Хирургическое лечение РОК, осложненного обтурационной непроходимостью, проведено 346 больным, из которых первичные радикальные операции выполнены у 170 (49,1%), паллиативные и симптоматические – у 176 (50,9%) больных. Характер операций представлен в табл. 3.

Таблица 3

Характеристика операций при опухолевой кишечной непроходимости

Годы /Операции	2001	2002	2003	2004	2005	Всего
Радикальные операции						
Гемиколэктомия	8	7	8	7	11	41
Резекция сигмовидной кишки	13	11	12	13	9	58
Обструктивная резекция	10	8	6	7	13	44
Операция Гартмана	5	6	4	5	7	27
Симптоматические операции						
Наложение обходного анастомоза	3	2	3	4	5	17
Наложение противостолевого заднего прохода	30	38	22	38	31	159
Всего	69	72	55	74	76	346

Таким образом, радикальные операции выполнены у 170 больных, среди которых правосторонняя гемиколэктомия – у 31 (18,2%), левосторонняя гемиколэктомия – у 10 (5,9%), резекция сигмовидной кишки – у 58 (34,1%), обструктивная резекция – у 44 (25,9%), операция Гартмана – у 27 (15,9%) больных. Симптоматические операции при осложненном РОК выполнены 176 больным, из них у 17 (9,7%) больных различные обходные анастомозы, у 159 (90,3%) – колостомия. Вследствие прогрессирования перитонита, присоединения осложнений и других причин в послеоперационном периоде умерло 18 (5,2%) больных. При анализе вида оперативных вмешательств мы отметили примерное равенство числа первичных радикальных операций к симптоматическим операциям, независимо от локализации опухоли.

В хирургии РОК, осложненной кишечной непроходимостью, с годами сохраняется примерно одинаковое количество выполненных первично-радикальных (49,1%) и симптоматических (50,1%) операций. Подобная картина сохраняется на протя-

жении последних лет, несмотря на то, что при левосторонней локализации опухоли кишечная непроходимость является одним из ранних признаков заболевания, в то время как при локализации опухоли в правой половине обтурация кишки является довольно поздним симптомом заболевания и сочетается с местным распространением и генерализацией злокачественного процесса. Непосредственные результаты симптоматических операций были несколько хуже первичных радикальных, что подтверждается числом умерших. Если после радикальных операций умерло 5 (27,8%), то после симптоматических число таких пациентов составило 13 (72,2%). Такая картина объясняется более тяжелым исходным состоянием больных, выраженной интоксикацией и наличием неоперабельной опухоли в группе больных, подвергнутых симптоматической операции. У 54 (76,1%) больных после обструктивной резекции и операции Гартмана в плановом порядке нами были выполнены реконструктивные операции. Восстановительный этап проводили спустя 4–6 месяцев после первичной операции при условии отсутствия рецидива или метастазов рака.

Вопрос о характере реконструктивной операции в каждом случае решался индивидуально. В 43 (79,6%) наблюдениях после мобилизации дистальной и проксимальной культи был наложен анастомоз между мобилизованной частью ободочной кишки с культей сигмовидной и прямой кишки конец в конец или конец в бок. В послеоперационном периоде в 2 случаях отмечена несостоятельность кишечных швов, что потребовало повторной операции с наложением одноствольной стомы постоянного характера. Наиболее типичным осложнением реконструктивных операций было нагноение раны в области иссеченной колостомы, что выявлено у 6 (11,1%) больных. Летальных исходов не было.

Выводы. Оптимальной тактикой при РОК, осложненном обтурационной непроходимостью, является выполнение первично-радикальной операции. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки оптимальной операцией является выполнение гемиколэктомии с наложением илеотрансверзоанастомоза. При левосторонней локализации в случае небольших изменений в стенке кишки возможна резекция ее с наложением анастомоза, а в случае выраженной непроходимости операцией выбора является обструктивная резекция ободочной кишки. Симптоматические операции в виде наложения колостомы следует выполнять при тяжелом состоянии пациента, местном распространении опухоли и наличии отдаленных метастазов. Реконструктивную операцию после обструктивной резекции и операции Гартмана следует производить не ранее 4–6 месяцев, при условии отсутствия рецидива опухоли и отдаленных метастазов.

Литература

1. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. – М., 1984. – 151 с.
2. Тотиков В.З. и др. // Мат-лы 1 съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С.366.
3. Яковец Ю.И. и др. // Мат-лы 1 съезда онкологов стран СНГ. – 1996. – С.369.
4. Jamart J. et al. // Acta belg.chir. – 1991. – №1. – P. 1–10.

УДК 616.284.7-007

РОЛЬ РАДИОТЕРМОМЕТРИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

А.А. АДЫРХАЕВ*, А.З. ГУСЕЙНОВ*, Ч.К. МУСТАФИН**, О.Б. ХАПИЛИНА*

Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) – сборная группа заболеваний молочной железы, при которых меняется количественное взаимоотношение железистой, жировой и соединительной тканей. В настоящее время среди авторов сложилось единодушное мнение, что диагноз ФКБ устанавливается после комплексного диагностического обследования, включающего клиническое исследование, маммографию, УЗИ. Это позволяет аргументировано исключить или подтвердить наличие в молочных железах опухолевого образования [2, 4]. Основным клиническим проявлением ФКБ являются боль или болевые ощущения в молочной железе, синдром предменструального напряжения, который

*Кафедра хирургических болезней №1 Тульского государственного университета
 **Кафедра радиологии Российской академии последилового образования, г. Москва

